

VACANZE SENZA BARRIERE

INCLUSIONE POSSIBILE

MONTEVARCHI – 03 aprile/ 13 giugno 2009 (presso Ospedale del Valdarno)

Scheda d'iscrizione

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via/P.zza _____

Città _____ cap _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____ cellulare _____

E-mail _____ Cod. fiscale _____

Professione _____ Altro (specificare) _____

U.O./Struttura _____ Azienda _____

◇Autorizzo la segreteria a trattare i miei dati personali in accordo con la legge sulla privacy (n. 675 del 31.12.96) e del Dlg. 196/2003.

Firma _____

Il presente modulo di iscrizione è da inviare all'indirizzo di posta elettronica presidente@atracto.it oppure al numero di fax 055-9106378.
Le richieste di partecipazione saranno accettate in base all'ordine d'iscrizione e alla disponibilità. La partecipazione è gratuita.

**Info e Iscrizioni entro il 31 Marzo 2009:
Sede A.TRA.C.TO Cell. 3476024683 Sede AIDP Cell. 3389010271**